

訪問介護(生活援助中心型)が基準回数以上となるケアプランの届出書

年 月 日

早 島 町 長 宛

次のとおり、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)が必要であると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出します。

指定居宅介護 支援事業所名			
事業所住所			
事業所連絡先		介護支援 専門員氏名	

フリガナ		被保険者番号								
被保険者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)							

現住所			
-----	--	--	--

要介護度		生活援助の計画上の回数	回
------	--	-------------	---

当該プランの作成月				
-----------	--	--	--	--

訪問介護の生活 援助中心型を一 定回数を超えてケ アプランに位置づ けた理由				
--	--	--	--	--

添付書類 (「写し」を提出して ください)	居宅サービス計画書(第1表～第7表) 第1表については、利用者の同意が記載されたものを提出してください。 第5表については、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由、検討 過程等の記載がある部分のみ。 アセスメント表(当該居宅サービス計画作成時のもの) 訪問介護計画書			
-----------------------------	---	--	--	--

居宅サービス計画に明確な理由が記載してあれば、「居宅サービス計画に記載のとおり」とすれば足ります。その場合、該当する部分にマーカーを引く等してください。

参考 要介護度別基準回数

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
回数	27	34	43	38	31

*早島町記載欄

課長	課長補佐	係長	係